DE

N° 109.

23.

L'APOPLEXIE SANGUINE.



Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 5 AOUT 1837,

PAR

Gustave-Adolphe Raichon,

DE MIJOUX (JURA),

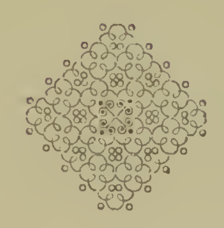
Bachelier ès-lettres, Bachelier ès-sciences,

Aide-Major au septième régiment d'infanterie de ligne;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Solvere apoplexiam vehementem equidem impossibile, debilem non facile.

HIPPOCR. APH.



MONTPELLIER,

JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue de la Préfecture, 10.

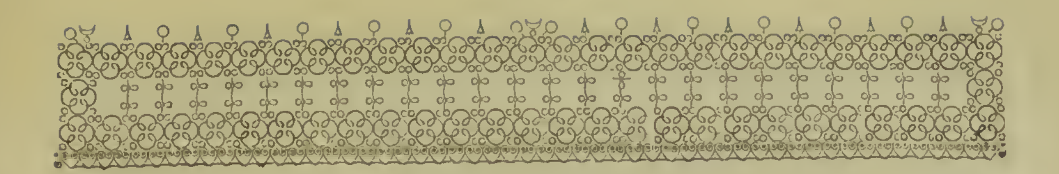
1837.

A

MON PÈRE.

Témoignage de reconnaissance.

G.-A. RAICHON.



De

L'APOPLEXIE SANGUINE.

De toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, l'apoplexie est peut-être celle qui exerce les plus grands ravages. Aucun âge, aucun sexe n'en est exempt : elle atteint l'enfant à la mamelle, le jeune homme au sein des plaisirs, et le vieillard que berce encore l'illusion de l'espérance. Tantôt elle frappe avec force, et la mort est presque instantanée : elle est alors dite *foudroyante*. Les Latins, qui le plus souvent désignaient les maladies par leurs symptômes, la caractérisaient par le nom de *stupor, attonitus,* pour peindre l'état du patient et le spectacle d'une destruction aussi prompte qu'inattendue. D'autres fois les symptômes sont moins alarmants ; le sentiment et le mouvement incomplétement perdus reviennent peu à peu, et au bout de quelques jours la santé est tout-à-fait rétablie. Mais que le malade se garde bien de s'endormir dans un calme trompeur ; une première at-

taque est toujours le présage d'une autre , les mêmes prédispositions, les mêmes circonstances , et souvent aussi les mêmes imprudences , ramenant des attaques de plus en plus redoutables ; et s'il n'a recours de bonne heure aux conseils de l'homme de l'art , aux préceptes de l'hygiène , il ne tarde pas à succomber emporté par une attaque foudroyante , ou lentement consumé par le cortége morbifique d'une interminable paralysie.

DÉFINITION.

On donne le nom d'apoplexie (du mot grec αποπλεττειν, *frapper fortement*), à une maladie caractérisée par la perte subite et plus ou moins complète des sensations et du mouvement, sans que la respiration et la circulation soient suspendues.

HISTORIQUE.

Les anciens avaient observé cette maladie, mais ils étaient bien loin d'avoir sur sa nature les mêmes idées que nous. Leur manque de connaissances en anatomie pathologique les empêcha d'en approfondir la cause , ils n'en voyaient que les symptômes ; aussi l'apoplexie fut confondue pendant plusieurs siècles avec un grand nombre d'affections soporeuses.

Le Père de la médecine en a parlé , mais il ne la décrit nulle part.

Galien l'expliquait par l'accumulation subite d'une humeur froide et mélancolique dans les ventricules du cerveau.

Avicenne l'attribuait à un épanchement survenu dans la circulation des esprits sensitifs et moteurs.

Jusqu'au temps de Wepfer , de Valsalva et surtout de Morgagni , les hypothèses les plus extraordinaires et souvent les plus invraisemblables n'ont pas cessé de régner sur cette affection. C'est aux nombreuses recherches de ce dernier, basées sur l'anatomie pathologique , qu'on doit principalement la division de l'apoplexie en nerveuse , séreuse et

sanguine. De nos jours, les travaux de MM. Rostan, Serres, Lallemand, Rochoux, Cruveilhier, ont fait rejaillir sur cette partie de la science l'éclat de la plus vive lumière.

DIVISIONS.

Nous admettons avec M. Rochoux quatre espèces principales d'apoplexies.

L'apoplexie nerveuse ou spasmodique, qui se distingue des autres, non-seulement par ses causes prédisposantes ou occasionnelles, mais encore par l'absence de tout signe d'appareil fluxionnaire et par le manque de toute altération appréciable, lorsqu'elle devient mortelle.

L'apoplexie séreuse, lorsqu'il existe dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux une quantité de sérosité plus ou moins considérable.

L'apoplexie sanguine, lorsque les membranes cérébrales, les ventricules sont le siége d'un épanchement sanguin.

Enfin, un épanchement sanguin existant dans la substance même de l'encéphale, qui présente une solution de continuité. Cette espèce est, de toutes, la plus commune et celle dont je m'occuperai spécialement dans ce travail. Celle-ci est tantôt simple, tantôt compliquée. En raison de ses complications, on l'a appelée nerveuse, bilieuse, goutteuse, etc.

Dans l'état naturel, il existe une proportion rigoureuse entre l'impulsion du sang et la résistance des parois vasculaires et des tissus ambiants, de sorte que ces vaisseaux et ces tissus ne reçoivent aucun dommage des variations qui surviennent, soit dans l'impétuosité du sang appelé par un mouvement fluxionnaire, soit dans sa quantité par suite d'obstacles à son retour; mais, par un vice de nutrition observé sur presque tous les organes du corps humain, leur force de cohésion se perd graduellement, et il arrive une époque où leur tissu se déchire, on peut dire spontanément, d'où résulte une hémorrhagie plus ou moins considérable, et un appareil de symptômes en rapport avec les fonctions de l'organe malade. Ce genre de lésion affecte une prédilection remarquable pour le système nerveux cérébro-spinal, mais non

pas également pour toutes ses parties. Ainsi, sous le rapport de leur fréquence à en être affectées, on peut les ranger dans l'ordre suivant : 1° le cerveau, 2° le cervelet, 3° la protubérance annulaire, 4° la moelle épinière.

L'apoplexie du cerveau étant seule bien connue aujourd'hui, c'est elle seulement que je traiterai dans cette dissertation.

On l'a divisée en faible, moyenne et forte, selon la quantité plus ou moins grande de sang épanché dans la substance cérébrale.

CAUSES.

Je diviserai, suivant l'usage, les causes en prédisposantes et en efficientes.

Les causes prédisposantes de l'apoplexie, dit Cœlius-Aurelianus, lui sont communes avec beaucoup d'autres maladies ; cependant il y en a quelques-unes que les auteurs ont regardées comme propres à cette affection. Celles-ci m'occuperont seules, et parmi elles je choisirai les plus remarquables : elles sont particulières à l'individu ou bien se rattachent à l'hygiène.

Les causes individuelles sont l'âge de 40 à 60 ans, une constitution sanguine, la grosseur démesurée d'une tête supportée par un cou court. Ponsart, un des premiers, a dit qu'une petite tête y dispose également; la disposition héréditaire, l'hypertrophie du cœur sont comptées au nombre des causes de cette maladie. Enfin, l'on peut dire que l'origine de l'apoplexie est presque toujours une circulation rapide, la prédominance de l'encéphale et tout ce qui peut diriger le sang vers le cerveau.

Causes hygiéniques.—*Circumfusa.* Presque tous les médecins, depuis Hippocrate, ont admis, comme disposant à l'apoplexie, l'hiver, une saison froide et humide, les pluies abondantes et une chaleur humide après le froid. Les positions topographiques ne sont pas non plus étrangères à la production de l'aptitude apoplectique ; on observe, en effet, beaucoup plus d'apoplexies dans les pays montagneux où l'air

est plus vif et plus raréfié, que dans les plaines et les vallées traversées par des rivières. Le docteur Montain attribue à la situation de Lyon le grand nombre d'apoplectiques qu'on y observe.

Ingesta. — *Plùs occidit gula quàm gladius*, disait un ancien. Cet adage est vrai, surtout dans la maladie qui nous occupe : en effet, les auteurs de tous les temps ont noté comme victimes de l'apoplexie, les personnes livrées aux boissons alcooliques, au café, aux aliments succulents et échauffants, celles qui mangent plus que leurs facultés digestives ne peuvent le comporter : suivant Ponsart, il y a plus de moines et de financiers apoplectiques que de paysans.

Causes morales. Les affections tristes, les chagrins prolongés, une tension d'esprit continuelle, les douleurs rongeantes que causent l'ambition déçue dans ses projets ou ses grands revers de fortune, passent pour exercer une action aussi fâcheuse : ainsi Fourcroy fut frappé d'apoplexie par suite du cruel désappointement qu'il éprouva de ne pas être nommé grand-maître de l'université impériale, et Chaussier eut le même sort pour avoir été dépouillé de sa chaire de professeur à la faculté de médecine de Paris.

Sexes. La prédisposition à l'apoplexie est à peu près la même chez les deux sexes ; cependant M. Serres, sur 41 apoplexies, en a trouvé 33 chez les femmes. L'homme, par son genre de vie et ses habitudes, est plus accessible que la femme à une foule de causes qui agissent directement ou indirectement sur le cerveau ; mais, d'autre part, les dérangements ou la cessation de la menstruation, une mobilité nerveuse extraordinaire, peuvent faire naître chez celle-ci une prédisposition à l'apoplexie. Du reste, je ne pense pas que l'état de grossesse prédispose à cette maladie, et voici sur quoi je me fonde : les femmes sont bien plus souvent frappées d'hémorrhagie cérébrale après qu'avant quarante ans ; par conséquent, cette maladie les respecte surtout pendant la période de leur vie où elles sont aptes à devenir mères.

Causes efficientes. C'est principalement à celles que l'on observe au

moment de l'attaque que l'on a donné le nom d'efficientes. Suivant Cœlius-Aurélianus, les plus ordinaires sont l'indigestion survenant dans le bain, le coït surtout chez les vieillards, les coups, les blessures du cerveau et des méninges. Les modernes y ont ajouté les vives affections morales, la joie, la terreur et surtout la colère, l'épilepsie, les efforts de l'accouchement, une subite et forte impression du froid, la suppression des exanthèmes et toute espèce de métastase, enfin, l'action sympathique de divers organes, notamment l'estomac. Portal assure que depuis que l'on a renoncé à l'habitude de souper à Paris, l'apoplexie, c'est-à-dire le coup de sang, y est beaucoup plus rare.

Le décubitus avec la tête basse accumulant le sang vers le cerveau, les ligatures et les vêtements trop serrés en gênant le cours de la circulation, favorisent la disposition apoplectique.

D'un autre côté, plus des trois quarts des sujets frappés d'apoplexie en sont atteints au milieu des occupations les moins fatigantes, souvent pendant le sommeil ou bien en causant avec le plus grand calme, sans que la circulation soit le moins du monde activée. Ainsi, tandis qu'elle survient très-fréquemment sans que la force impulsive du sang éprouve une augmentation préalable, il y a bien des cas encore où cette même force, quoique poussée à un degré excessif, reste incapable de la produire. Il suffit de comparer ensemble ces deux ordres de faits, pour se convaincre que des efforts nécessités par une défécation tant soit peu difficile, un mouvement d'impatience, et mille autres circonstances tout aussi légères, n'auraient jamais produit les attaques d'apoplexie dont on les regarde comme la cause, si elles ne se fussent rencontrées chez des sujets déjà atteints de ce genre d'altération qui rend le cerveau si facile à déchirer. En effet, si l'apoplexie consistait simplement en une fluxion sanguine, n'est-il pas évident que la vieillesse, qui est remarquable par la langueur de la circulation et de tous les phénomènes vitaux, serait beaucoup moins exposée à cette maladie que tous les autres âges de la vie? Or, depuis Morgagni, il n'est personne qui ignore que l'apoplexie est, pour ainsi dire, l'apanage de la vieillesse.

SYMPTOMES.

L'apoplexie débute ordinairement d'une manière brusque, instantanée. Il est rare d'observer des symptômes précurseurs ; cependant, comme ils existent quelquefois, nous devons les mentionner ici : des céphalalgies plus ou moins fortes, des vertiges, des tintements d'oreille, un trouble dans la vision, un sentiment de formication dans les membres, des mouvements convulsifs, tels sont les prodromes de cette maladie. La mémoire perd sa précision, les facultés intellectuelles s'émoussent, la langue est embarrassée ; il y a propension au sommeil, surtout après le repas. Tous ces symptômes n'appartiennent pas exclusivement à l'imminence de l'apoplexie ; il en est qui sont propres aux affections des méninges, aux lésions du cœur ; d'autres, enfin, qui ne méritent pas une sérieuse attention ; de plus, ils peuvent exister sans que l'apoplexie en soit la suite.

Lorsque l'apoplexie est légère, qu'il n'y a que simple congestion, coup de sang, le malade perd tout-à-coup connaissance et tombe comme dans l'apoplexie forte. Les membres sont flasques ; tout un côté du corps est quelquefois paralysé ; la face est rouge, gonflée ; le pouls est plein, fort, développé ; la respiration est rarement stertoreuse. Cet état se dissipe ordinairement en cinq ou six heures au plus : le malade revient à lui ; il accuse alors un mal de tête, quelquefois un trouble de la vue ; il éprouve quelque difficulté à articuler les mots, et il ressent dans tous les membres ou dans un seul côté des fourmillements ou de la faiblesse. Au bout de quelques heures, ces symptômes ont souvent encore diminué d'intensité, et fréquemment ils sont dissipés en six ou huit jours.

L'apoplexie moyenne se caractérise par une céphalalgie subite. Le malade pâlit et s'affaisse ; il est pris en général de vomissements et tombe quelquefois dans un état qui se rapproche de la syncope ; la face se décolore ; le pouls faiblit beaucoup sans disparaître entièrement, et le froid gagne tout le corps. Dans cette crise de douleur sou-

daine, à laquelle se joignent quelquefois de légères convulsions, et qui ne renverse pas toujours le malade, la sensibilité est conservée, ainsi que la faculté de marcher ; mais la céphalalgie ne cessant pas après un intervalle variable, les idées deviennent incohérentes, le coma survient. On voit l'hémiplégie se manifester dans quelques cas de cette espèce, mais souvent aussi on n'observe point de paralysie.

Dans l'apoplexie forte, on observe la diminution ou même l'abolition des facultés de l'entendement, un état comateux, la perte plus ou moins complète du sentiment, et l'hémiplégie. La respiration est alors à peu près naturelle, seulement elle devient stertoreuse vers la fin ; le pouls est tantôt fort et développé, tantôt faible. Les yeux fixes, étincelants ou à demi ouverts, un larmoiement considérable, des mouvements convulsifs dans les membres, la paralysie de l'œsophage, le ris sardonique, le ptyalisme, la lividité, la pâleur ou la rougeur du teint, le gonflement de la face, sont autant de symptômes accessoires que l'on observe assez fréquemment. Quand l'apoplexie est foudroyante, elle tue instantanément le malade, ou ne lui laisse que quelques minutes d'existence.

Tous ces symptômes n'existent pas toujours d'une manière bien tranchée, et il est quelquefois difficile au premier abord de distinguer ces trois genres d'apoplexie. Cependant, en thèse générale, nous pouvons dire avec M. Rochoux: un petit épanchement, le siége restant toujours le même, occasionnera un étourdissement qui pourra ne pas aller jusqu'à la perte de connaissance, et produira la cécité, la paralysie de la langue et une faiblesse persistante d'un des côtés du corps ; tandis qu'un plus considérable amènera une perte complète de connaissance avec hémiplégie, et un plus considérable encore fera tomber dans un assoupissement qui, s'accompagnant de la résolution générale des membres, conduira promptement à la mort.

MARCHE, DURÉE ET TERMINAISON.

Lorsque l'apoplexie n'a pas produit un épanchement considérable, le retour à la santé peut avoir lieu après un temps plus ou moins long; dans ce cas, la paralysie des membres diminue, les fonctions intellectuelles se rétablissent; cependant il est rare qu'il ne reste pas quelques traces de l'affection qui a menacé la vie. Ainsi, l'on voit plusieurs malades continuer à ressentir de la gêne dans l'articulation des sons, perdre une ou plusieurs facultés intellectuelles, comme par exemple, la mémoire des mots, celle des lieux, le pouvoir d'abstraire, celui de faire des calculs: ces mêmes malades deviennent irascibles, et les parties que l'attaque a privées de sentiment et de mouvement restent paralysées. Ces symptômes consécutifs indiquent dans un point du cerveau une lésion permanente, que la nature seule peut diminuer ou guérir; ils persistent souvent pendant plusieurs années et quelquefois même jusqu'à la mort de l'individu.

Lorsque l'issue de l'apoplexie doit être funeste, tous les symptômes s'aggravent, la pâleur devient cadavéreuse, l'éclat des yeux disparaît, la cornée s'affaisse, les traits s'allongent, l'haleine perd sa chaleur, la respiration devient de plus en plus difficile et stertoreuse, des sueurs froides se montrent çà et là au cou et aux extrémités, les sphincters de l'anus et de la vessie paralysés laissent échapper l'urine et les excréments, le pouls s'affaiblit, et la mort vient terminer cette scène affligeante le deuxième ou troisième jour, rarement plus tard.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'apoplexie doit avoir pour but, non-seulement de ne pas la confondre avec les maladies qui peuvent la simuler, mais encore de préciser dans quelle partie du cerveau a lieu l'épanchement, s'il est partiel ou général: les renseignements fournis par l'étude des

causes, l'examen comparatif des symptômes nous dirigeront dans ces recherches.

Les maladies qui peuvent simuler l'apoplexie, sont l'épilepsie, les affections comateuses, la commotion du cerveau, le catarrhe suffocant, l'asphyxie, la syncope, etc.

L'épilepsie ne peut avoir d'analogie avec l'apoplexie sous le rapport des phénomènes apparents, que dans les moments de calme qu'éprouvent les malades; mais les mouvements convulsifs de tout le corps, surtout de la face, le grincement des dents, l'écume à la bouche, la contraction des muscles fléchisseurs des doigts, sont autant de signes caractéristiques de l'épilepsie, qui ne tardent pas à éclairer le médecin et à dissiper ses doutes.

Le coma n'a de commun avec l'apoplexie que l'assoupissement profond dans lequel le malade semble plongé; mais la somnolence est beaucoup plus légère, puisqu'il suffit d'appeler le malade à haute voix pour le réveiller.

La commotion du cerveau est peut-être la maladie qui simule le mieux l'apoplexie; elle s'accompagne, en effet, de la suspension des fonctions de la vie animale ou de relation, et de l'altération plus ou moins profonde des fonctions organiques. La cause de la maladie et les lésions extérieures du crâne peuvent seules guider le médecin dans le diagnostic.

Le catarrhe suffocant offre, comme l'apoplexie, un trouble manifeste de la respiration; il en diffère d'ailleurs sous un grand nombre de rapports, et surtout en ce que le malade conserve toujours la connaissance.

Dans l'asphyxie, les fonctions de relation sont nulles comme dans l'apoplexie; la face est rouge et chaude, mais un caractère on ne peut plus tranchant, c'est que les fonctions organiques, la respiration et la circulation sont suspendues, de sorte que le malade semble réellement privé de la vie. Dans les apoplectiques les fonctions internes sont troublées à la vérité; mais la respiration, quoique pénible, est manifeste, et la respiration est la dernière fonction qui s'anéantit chez eux.

Dans la syncope, il y a suspension momentanée des fonctions organiques et animales ; quelquefois cependant la respiration et la circulation sont un peu sensibles, mais la face est pâle, froide, etc.

Enfin, M. Lallemand caractérise de la manière suivante les différences fondamentales qui existent entre l'inflammation de l'arachnoïde, celle du cerveau et l'apoplexie. Dans l'inflammation de l'arachnoïde, dit ce savant professeur, symptômes spasmodiques sans paralysie ; dans l'encéphalite, paralysie lente et progressive, marche inégale, intermittente ; dans l'apoplexie, paralysie subite, sans symptômes spasmodiques.

Quant au siége et à l'étendue de l'épanchement, lorsqu'on trouve la résolution de tous les membres, la perte des sens, la généralité de la paralysie, il est probable que l'on a affaire à une apoplexie sans lésion, à un épanchement séreux, ou bien à un épanchement sanguin diffus sur les membranes ou occupant les ventricules.

Trouve-t-on une hémiplégie bien dessinée, il est probable que la cause de ce phénomène est un épanchement de sang limité sur quelque point des méninges, dans un ventricule, ou bien un épanchement partiel dans la substance même de l'encéphale. Si l'hémiplégie est à gauche, l'épanchement a lieu à droite dans le cerveau, phénomène que l'on a cherché à expliquer par l'entrecroisement des fibres encéphaliques.

PRONOSTIC.

Hippocrate a dit dans son style aphoristique : *Solvere apoplexiam vehementem equidem impossibile, debilem non facile;* d'où nous tirons la conclusion que le pronostic de cette maladie doit toujours être grave.

L'âge avancé et une constitution affaiblie par la misère, la persévérance de la maladie pendant plusieurs jours sans aucune rémission des symptômes, la respiration stertoreuse, le facies cadavéreux, les sueurs froides, surtout aux extrémités supérieures, avec anxiété pré-

cordiale, les yeux ternes, la paralysie des sphincters de l'anus et de la vessie, la gravité progressive de tous les symptômes essentiels, l'inefficacité de tous les remèdes, sont les signes d'une issue funeste. Si un état de somnolence et de stupeur, dit Cruveilhier, existe en même temps qu'une hémiplégie complète, le cas est extrêmement grave. La perte de connaissance est, pour le même auteur, du plus fâcheux augure.

Au contraire, un moyen âge, une constitution qui tient le milieu entre l'excès de force et l'excès de faiblesse, des causes occasionnelles légères et suivies de peu d'effet ou faciles à éloigner, le pouls et le visage dans l'état naturel, un dépôt critique, une sueur douce, générale et égale, des urines, des évacuations alvines abondantes, le retour de la sensibilité et des fonctions de l'entendement, sont autant de signes favorables. Cependant, dit Cruveilhier, il ne faut point prononcer avant le neuvième jour, parce que c'est dans cet intervalle que le malade doit supporter les dangers primitifs de la déchirure et de la compression, les chances d'un nouvel épanchement et celles d'un travail réparateur commençant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les cadavres des individus qui ont succombé à une attaque d'apoplexie offrent un certain aspect qui peut faire connaître, jusqu'à un certain point, le genre d'affection qui a amené la mort. Déjà Morgagni avait observé depuis long-temps que les cadavres des apoplectiques ne se refroidissaient pas aussi promptement que dans d'autres circonstances, et qu'ils conservaient encore pendant long-temps un degré de chaleur assez considérable ; le sang en plus ou moins grande quantité se trouve souvent répandu dans la bouche et dans les fosses nasales ; enfin, les membres conservent leur souplesse et ne contractent que très-tard la roideur cadavérique. Les altérations qui existent dans le cerveau ne méritent pas moins d'attention : dans le cas où la mort causée par l'apoplexie a été prompte, on observe constamment un

engorgement sanguin des vaisseaux et des sinus de la dure-mère, et souvent une infiltration plus ou moins prononcée de la pie-mère, surtout du côté du cerveau qui est le siége de l'hémorrhagie. Cet état s'accompagne presque toujours de l'injection des vaisseaux extérieurs du cerveau et de ceux de sa propre substance, qui, quand on le coupe par tranches, versent un grand nombre de petites gouttelettes de sang. On rencontre presque aussi fréquemment l'engorgement sanguin des vaisseaux du cuir chevelu ; il n'est pas rare non plus de voir de larges ecchymoses sur le cou, la poitrine et même les membres.

Epanchement de sang. L'aspect qu'offre le sang épanché diffère suivant l'ancienneté de la maladie. Quand la mort est survenue promptement, il est noirâtre en caillots mous, plus tard il acquiert plus de consistance et perd un peu de sa noirceur ; ensuite il change encore de couleur et finit par être résorbé. Sa quantité varie dans les épanchements récents depuis un ou deux gros jusqu'à six onces.

Lésion de la substance cérébrale. L'hémorrhagie a ordinairement lieu dans l'épaisseur du cerveau, plus rarement à l'extérieur de cet organe ou sur quelques points de la surface des ventricules. Dans la première supposition, le sang est contenu dans des poches caverneuses que Wepfer et Morgagni comparent aux sacs des anévrysmes; ces cavernes se rapprochent après l'absorption des caillots de sang, et leurs parois se cicatrisent : alors on les voit presque toujours assez lâchement unies par un entrecroisement de liens celluleux ou vasculaires, qui forment différentes aréoles entre lesquelles se trouve contenu un liquide ichoreux, roussâtre, plus ou moins abondant, quelquefois épais, jaunâtre et comme gélatineux. Les parois de ces cavernes restent en contact sans adhérer entre elles ; aussi ne manque-t-on pas de trouver des cicatrices chez tous ceux qui ont eu des paralysies, suite d'apoplexie. Elles sont toujours en nombre égal à celui des attaques : M. Cruveilhier en a trouvé jusqu'à quinze.

De toutes les parties de l'encéphale, les corps striés et les couches optiques présentent le plus fréquemment des lésions organiques: leur

grande mollesse et leur vascularité expliquent ce phénomène pathologique. Sur 41 épanchements de sang observés par M. Rochoux, 24 occupaient les corps striés, 1 la couche optique et les corps striés, 1 avait lieu au-dessous des corps striés ; les autres étaient situés indifféremment dans toutes les parties du cerveau.

L'étude anatomique des artères du cerveau nous explique facilement leur rupture, et par conséquent la compression ou la déchirure consécutive de ce viscère : en effet, l'épaisseur de leurs parois n'est point en rapport avec leur calibre ; la tunique moyenne présente peu d'épaisseur, et la celluleuse est si mince que quelques anatomistes ont révoqué en doute son existence ; enfin, les artères cérébrales manquent de cette gaîne supplémentaire dont sont pourvus les vaisseaux artériels des autres parties du corps. On conçoit alors comment la colonne de sang, poussée avec force par le ventricule aortique, parvient à rompre les vaisseaux qui la reçoivent, surtout si la force impulsive des ventricules est augmentée par des circonstances accidentelles.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'apoplexie a été divisé en prophylactique, curatif et consécutif.

Traitement prophylactique. Ces belles paroles de Lancisi trouvent ici naturellement leur place : « On cherche en vain des préservatifs dans les médicaments quand on néglige les règles d'une sage hygiène. Tous les autres secours de la médecine sont trompeurs ; un seul est efficace dans tous les temps et dans toutes les circonstances : on le trouve dans un régime de vie sagement ordonné, et dans un heureux calme de l'âme que ne troublent ni les succès ni les revers. »

Il ne suit pas de-là qu'il faille rejeter absolument les moyens médicinaux proprement dits ; très-souvent, au contraire, ils doivent être employés : en effet, il pourra, par exemple, devenir nécessaire de combattre par quelques saignées une pléthore devenue incommode ; mais n'eût-il pas mieux valu l'empêcher de naître par un régime sobre

et délayant que conseillent, avec raison, les médecins qui entendent le mieux la prophylactique de l'apoplexie.

Les personnes prédisposées à l'apoplexie doivent éviter avec grand soin toutes sortes d'excès dans les plaisirs de la table et de l'amour, ne donner au sommeil que le temps nécessaire pour réparer leurs forces; elles doivent prendre un exercice modéré et fuir les travaux qui exigent une grande contention d'esprit. Un régime végétal, quelques évacuants de temps en temps pour entretenir la liberté du ventre, une application de sangsues à l'anus, aux malléoles, surtout lors de la suppression de quelque flux hémorrhagique, suffiront très-souvent pour conjurer cette terrible maladie.

Traitement curatif. Dans l'apoplexie il y a toujours, outre l'épanchement de sang, une tendance marquée à l'hémorrhagie ; ainsi toute thérapeutique se réduit 1° à combattre l'hémorrhagie, 2° à détruire l'effort qui tend à la renouveler, 3° à faciliter l'absorption du sang et la cicatrisation de la déchirure cérébrale.

La première indication à remplir, la base du traitement sur laquelle tous les médecins ont été d'accord, c'est de désemplir le système circulatoire. En effet, d'après les belles expériences de M. Magendie, la saignée favorise l'absorption du sang épanché, tandis que la plénitude des vaisseaux s'y oppose. Les émissions sanguines ont encore un autre avantage ; la déchirure du cerveau devenant le siége d'un travail réparateur, elle empêche que ce travail ne dépasse certaines limites et que l'inflammation d'adhésive ne devienne suppurative. Si l'on s'est accordé sur la nécessité de diminuer promptement la masse du sang, il n'en a pas été de même sur le vaisseau à ouvrir. Les anciens conseillaient d'ouvrir l'une des veines frontales ou la ranine, Valsalva la jugulaire, Morgagni les veines occipitales, d'antres la médiane céphalique, l'artère temporale ; enfin, de nos jours, le professeur Cruveilhier vante beaucoup la saignée de la pituitaire d'après les influences des épistaxis dans les maladies cérébrales, et d'après les connexions anatomiques du réseau veineux de cette membrane avec la circulation veineuse cérébrale.

Le parti le plus sage est celui d'agir d'après les règles que le célèbre Barthez a très-habilement établies dans son *Traité des fluxions.* Ainsi, lorsque l'on est appelé au moment où le mouvement fluxionnaire commence, il ne convient pas de tirer du sang des jugulaires ou de tout autre vaisseau voisin de la tête ; car, en agissant de cette manière, loin de détourner et d'affaiblir la fluxion, on ne ferait que l'accroître et on pourrait même décider la rupture des vaisseaux qu'il était encore temps de prévenir. Il faut donc mettre en usage, d'abord la saignée du pied, ensuite celle du bras, en s'approchant successivement du cerveau qui est le terme de la fluxion. Dans tous les cas, le malade sera couché, la tète fortement élevée, cette position étant la plus favorable pour débarrasser l'encéphale.

Quelle que soit l'importance de la saignée dans l'apoplexie, il faut bien se garder d'en abuser et de se laisser tromper par la dureté du pouls qui persiste quelquefois jusqu'à l'agonie. Rappelons-nous qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, l'extrême faiblesse favorise la fluxion. C'est moins la quantité de sang extrait, que le moment de cette extraction, qui importe dans cette maladie. Une forte évacuation sanguine, pratiquée immédiatement après l'attaque, est bien plus efficace que quatre ou cinq évacuations pratiquées plus tard. Après deux ou trois saignées générales dans les premiers jours, il convient d'employer les évacuations sanguines locales, les sangsues à l'anus, le long des jugulaires, des ventouses scarifiées à la région occipitale, etc. En thèse générale, on proportionnera le nombre et l'abondance des saignées à l'âge, au tempérament du sujet, et surtout à l'état du pouls après celles qui ont précédé.

Le sang des dernières saignées laisse voir constamment la couenne appelée pleurétique : cette circonstance nous apprend qu'il faut lutter à la fois contre l'effort hémorrhagique et la phlegmasie, dont se trouve affectée la portion rupturée de l'encéphale. Outre les moyens que nous avons déjà indiqués, l'un des plus importants est l'application de la glace sur la tête. On l'emploie d'une manière intermittente pendant deux heures de suite, trois fois le jour, et plus souvent si la

réaction consécutive paraît trop forte ; son action est très-prompte et très-énergique ; elle convient surtout dans les cas où l'on ne peut pas saigner, parce qu'elle diminue la congestion cerébrale sans soustraire à l'économie des matériaux dont la réparation serait très-difficile.

Les dérivatifs et les révulsifs sont encore d'un grand secours dans l'apoplexie, quand ils sont employés avec sagacité. Une remarque à faire, c'est que ces moyens ne conviennent que lorsque l'on a eu recours à une méthode anti-phlogistique assez violente ; on les emploiera avec avantage dans les cas où le malade est dans un état de stupeur, où la sensibilité engourdie réclame des stimulants extérieurs qui donnent l'éveil à toutes les forces de réaction de l'économie. C'est alors que les sinapismes et même la brûlure par l'eau bouillante peuvent être associés aux vésicatoires avec beaucoup de succès. La fluxion plus ou moins vive, plus ou moins permanente, que ces moyens appellent à la peau, lutte avec beaucoup d'avantage contre celle qui a lieu dans le cerveau.

Les dérivatifs dirigés sur le canal alimentaire ne produisent pas des effets moins avantageux ; les lavements purgatifs, l'émétique en lavage, les purgatifs drastiques employés avec mesure, nous paraissent aussi de très-bons moyens. La liberté du ventre favorise singulièrement l'absorption, diminue l'intensité des mouvements fluxionnaires, et prévient soit l'inflammation, soit la fluxion séreuse qui ont lieu dans les parois du foyer. Dans tous les cas, les émétiques doivent être rigoureusement proscrits; car, comment pourrait-on exposer aux efforts du vomissement un homme dont le cerveau est déchiré?

Le moyen le plus propre à obtenir la cicatrisation des déchirures de l'encéphale, sera la prolongation d'un régime anti-phlogistique atténuant, qui, jusqu'aux approches d'un rétablissement complet, doit être considéré comme un précepte de rigueur. Une diète légère maintenue dans de justes bornes (*cura famis*), des aliments doux et peu substantiels compléteront la cure ; on en secondera les effets par un exercice très-modéré, l'habitation d'un air pur à la campagne ou sur les bords de la mer, comme le conseille Paul d'Egine.

Apoplexie compliquée. L'apoplexie dont nous venons d'esquisser le traitement peut se compliquer de diverses affections : les plus ordinaires sont un embarras gastrique, une irritation abdominale, la goutte, le rhumatisme, etc. Les indications réclamées par ces complications sont trop évidentes pour exiger des détails. Nous remarquerons seulement, par rapport à l'embarras gastrique ou à l'affection bilieuse coexistant avec l'apoplexie sanguine, qu'il ne faut jamais administrer les évacuants sans avoir préalablement affaibli par des saignées l'activité du système vasculaire. On ne doit pas oublier que l'estomac n'est souvent embarrassé par des matières saburrales ou bilieuses, qu'en raison de l'état morbide où se trouve le cerveau.

Traitement consécutif. Une première attaque d'apoplexie étant presque toujours l'avant-coureur d'une seconde, on doit soumettre le malade hémiplégique au traitement préservatif indiqué précédemment, dans toute sa rigueur, en même temps qu'on agit localement sur les membres paralysés. Des frictions long-temps continuées, des douches, des mouvements répétés, seront utiles non pour rétablir la continuité des fibres divisées, mais pour y suppléer en quelque sorte, en doublant la sensibilité, la myotilité et la faculté conductrice du petit nombre de fibres cérébrales intactes qui sont en rapport avec les membres paralysés. Des purgatifs drastiques, pris de loin en loin, concourent puissamment avec l'exercice pour produire ces bons effets.

Tout travail intellectuel lui sera interdit; du lait, des viandes bouillies, des végétaux herbacés seront sa seule nourriture. L'eau rougie et même l'eau pure sera sa seule boisson. Quelques saignées, des sangsues à l'anus, les évacuants, surtout au renouvellement des saisons, ne devront point être négligés. Enfin, on l'entourera de tous les soins hygiéniques propres à prévenir la stagnation ou l'appel du sang vers le cerveau.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Exam.*	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Suppléant.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN, *Examinateur.*	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, Président.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENE.	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ, *Suppléant.*
BERTIN.
BROUSSONNET, *Examinateur.*
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHE.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.
